



सरकारी गजट, उत्तर प्रदेश

उत्तर प्रदेशीय सरकार द्वारा प्रकाशित

असाधारण

विधायी परिशिष्ट

भाग—4, खण्ड (ख)

(परिनियत आदेश)

लखनऊ, मंगलवार, 5 नवम्बर, 2024

कार्तिक 14, 1946 शक सम्वत्

उत्तर प्रदेश शासन

चिकित्सा अनुभाग—7

संख्या 5/2024/1087/पांच-7-2024

लखनऊ, 5 नवम्बर, 2024

अधिसूचना

प0आ0—356

जन्म एवं मृत्यु पंजीकरण अधिनियम, 1969 (यथा संशोधित, 2023) की धारा 10 की उपधारा (2) व (3) के अधीन प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुये इस विषय पर विद्यमान पूर्व अधिसूचना संख्या 1928/पाँच-7-2016-रिट-201/2010, दिनांक 30 जनवरी, 2017 का अधिक्रमण करते हुये समस्त संस्थागत मृत्यु (नवजात मृत्यु, शिशु मृत्यु एवं मातृ मृत्यु को सम्मिलित करते हुए) की दशा में मृत्यु के कारणों का चिकित्सीय प्रमाणीकरण सम्बन्धी प्रपत्र संख्या—4 (संलग्न) जारी करने हेतु राज्यपाल द्वारा महोदया द्वारा निम्नलिखित चिकित्सा संस्थानों को अधिसूचित किया जाता है—

- 1—उत्तर प्रदेश सरकार द्वारा संचालित समस्त आयुर्विज्ञान संस्थान।
- 2—उत्तर प्रदेश सरकार द्वारा संचालित समस्त सरकारी मेडिकल कॉलेज/विश्वविद्यालय एवं उनसे सम्बद्ध चिकित्सालय।
- 3—उत्तर प्रदेश सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त समस्त प्राइवेट मेडिकल कॉलेज विश्वविद्यालय।
- 4—उत्तर प्रदेश सरकार द्वारा संचालित समस्त जिला संयुक्त चिकित्सालय/जिला महिला चिकित्सालय/जिला संयुक्त चिकित्सालय।
- 5—उत्तर प्रदेश सरकार द्वारा संचालित समस्त सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र।
- 6—भारत सरकार/उत्तर प्रदेश सरकार द्वारा संचालित समस्त आयुष चिकित्सालय।
- 7—उत्तर प्रदेश राज्य में संचालित समस्त प्राइवेट चिकित्सालय/नर्सिंगहोम/एन०जी०ओ० द्वारा संचालित चिकित्सालय/ट्रस्ट द्वारा संचालित अस्पताल।
- 8—भारत सरकार/उत्तर प्रदेश सरकार द्वारा संचालित समस्त सरकारी एवं अर्द्ध सरकारी चिकित्सालय जो उपरोक्त क्रम संख्या 1 से 7 में सम्मिलित नहीं हैं।

समस्त चिकित्सा संस्थानों द्वारा चिकित्सक द्वारा भरे गए प्रपत्र संख्या—4 की डाटा एंट्री जन्म एवं मृत्यु पंजीकरण पोर्टल (CRS) पर अद्यतित ICD कोड आधारित ड्रॉप डाउन (इंडेक्स सर्च) से की जायेगी। प्रपत्र संख्या—4 का एक प्रति मृतक के स्वजन को भी दी जायेगी।

गैर संस्थागत मृत्यु की दशा में मृतक की अन्तिम परिचर्या करने वाले पंजीकृत चिकित्सक (यदि मृतक किसी चिकित्सक के अधीन उपचाररत था) द्वारा प्रपत्र संख्या-4 (क) निःशुल्क जारी कर सूचनदाता (जन्म एवं मृत्यु पंजीकरण अधिनियम 1969, यथा संशोधित 2023 के अन्तर्गत) को दिया जाएगा, सूचनादाता द्वारा भरा हुआ प्रपत्र संख्या-4 (क) मृत्यु सूचना के साथ सम्बन्धित क्षेत्र के रजिस्ट्रार को प्राप्त कराया जायगा।

आज्ञा से,
पार्थ सारथी सेन शर्मा,
प्रमुख सचिव।

प्रपत्र संख्या-4

(नियम 7 देखें)

मृत्यु के कारण का चिकित्सा प्रमाण-पत्र (अस्पताल में रोगी/संस्थागत मृत्यु)

(मृत जन्म के लिए प्रयोग न किया जाए)

प्रारूप संख्या: 2 (मृत्यु रिपोर्ट) के साथ रजिस्ट्रार को भेजा जाए

अस्पताल का नाम मैं प्रमाणित करता हूँ कि उस व्यक्ति जिसकी विशिष्टियाँ नीचे दी गई हैं, की मृत्यु अस्पताल में वार्ड संख्या में दिनांक को पूर्णाह्न/अपराह्न बजे हुई।

मृतक का नाम					सांख्यिकी अधिकारी के प्रयोग के लिए	
लिंग	मृत्यु के समय आयु					
	वर्षों में आयु यदि एक वर्ष या अधिक	मास में आयु यदि एक वर्ष से कम	दिनों में आयु यदि एक मास से कम	घण्टों में आयु यदि एक दिन से कम		
1—पुरुष 2—स्त्री						
मृत्यु का कारण:-						
I. तत्काल कारण बीमारी, क्षति या (क) जटिलता जिससे मृत्यु हुई, लिखें। मृत्यु की के कारण (या के रीति जैसे कि हृदपात, शक्तिक्षीणता इत्यादि परिणामस्वरूप) न दें।				ऑनसैट और मृत्यु के मध्य अन्तराल लगभग		
पूर्ववर्ती कारण	(ख) के कारण (या के परिणामस्वरूप)					
रुग्ण परिस्थिति यदि कोई हो, उपर्युक्त कारण को बढ़ाने वाला अन्तिम अधोलिखित परिस्थिति लिखें।	(ग)					
॥ मृत्यु कारित करने वाली अन्य परिस्थिति या बीमारी जो कि मृत्यु के मुख्य कारण अथवा बीमारी से सम्बन्धित ना हो					

मृत्यु का ढंग (रीति)

1—प्राकृतिक 2—दुर्घटना 3—आत्महत्या 4—मानव हत्या

5—जाँच लम्बित

क्षति कैसे हुई?

मृत स्त्री थी, क्या मृत्यु गर्भावस्था से सम्बन्धित है?

यदि हैं, तो क्या कोई प्रसूति हुई है?

(1) हाँ (2) नहीं

मृत्यु का कारण प्रमाणित करने वाले चिकित्सा अधिकारी का नाम और हस्ताक्षर
सत्यापन की तारीख.....

अनुदेशों के लिए विपरीत देखें

(अलग कर दिया जाए और मृतक के रिश्वेदार को दे दिया जाए)

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कु0..... पुत्र/पत्नी/पुत्री.....
इस अस्पताल में.....को दाखिल हुआ/हुई..... दिनांक..... को मृत्यु हुई।

चिकित्सक.....

(चिकित्सा अधीक्षक, अस्पताल का नाम)

प्रपत्र सं0 4 (क)
(नियम 7 देखें)

मृत्यु के कारण का चिकित्सा प्रमाण-पत्र (और संस्थागत मृत्यु के लिए)
(मृत जन्म के लिए उपयोग में न लाया जाए)

प्रारूप संख्या: 2 (मृत्यु रिपोर्ट) के साथ रजिस्ट्रार को भेजा जाए
मैं एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ कि मृत श्री/श्रीमती/कुमारी.....
पुत्र/पुत्री/पत्नी.....दिनांकसेतक मेरे उपचाराधीन था/थी और उसकी
मृत्यु दिनांककोपूर्वाह्न/अपराह्न हुई।

मृतक का नाम					
लिंग	मृत्यु के समय आयु				सांख्यिकी अधिकारी के प्रयोग के लिए
	वर्षों में आयु यदि एक वर्ष या अधिक	मास में आयु यदि एक वर्ष से कम	दिनों में आयु यदि एक मास से कम	घण्टों में आयु यदि एक दिन से	
1. पुरुष					
2. स्त्री					
मृत्यु का कारण:—					ऑनसैट और मृत्यु के मध्य अन्तराल लगभग
I. तत्काल कारण बीमारी, (क).....के क्षति या जटिलता जिससे कारण (या के परिणामस्वरूप) मृत्यु हुई, लिखें। मृत्यु की रीति जैसे कि हृदपात, शक्तिक्षीणता इत्यादि न दें। पूर्ववर्ती कारण (ख)..... के कारण (या के परिणामस्वरूप) रुग्ण परिस्थिति यदि कोई हो, उपर्युक्त कारण को बढ़ाने वाला अन्तिम अधोलिखित परिस्थिति लिखें। II. मृत्यु कारित करने वाली अन्य परिस्थिति या बीमारी जो कि मृत्यु के मुख्य कारण अथवा बीमारी से सम्बंधित न हो				
मृत स्त्री थी, क्या मृत्यु गर्भावस्था से सम्बन्धित है?					यदि हाँ, तो क्या कोई प्रसूति हुई है? (1) हाँ (2) नहीं

मृत्यु का कारण प्रमाणित करने वाले चिकित्सा
अधिकारी का नाम और हस्ताक्षर.....
सत्यापन की तारीख

अनुदेशों के लिए विपरीत देखें

(अलग कर दिया जाए और मृतक के रिश्तेदार को दे दिया जाए)

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कु0.....पुत्र/पत्नी/पुत्री.....
इस अस्पताल मेंको दाखिल हुआ/हुई.....दिनांक को मृत्यु
हुई।

चिकित्सक.....
(चिकित्सा अधीक्षक के हस्ताक्षर एवं पता
रजिस्ट्रेशन संख्या.....

Dated Lucknow; November 5, 2024

Under sub section (2) and (3) of the section 10 of the RBD Act, 1969 (as amended in 2023) and in supersession of the notification No.1928/5-7-2016-Writ-201/2010, dated on the notification No.-1928/5-7-2016-Writ-201/2010, dated 30 January, 2017 for certification of cause of death in case of all institutional deaths (including Neonatal deaths, Infant deaths and Maternal deaths) on form 4, the Governor exercises her power and notifies the following institutes:—

1. All the Medical Institutions being operated by the State Government of Uttar Pradesh.
2. All State Government Medical Colleges/Universities and their associated Hospitals.
3. All the Private Medical Colleges/Universities recognized by Uttar Pradesh Government.
4. All the Government District Hospitals/District Woman Hospitals/District Combined Hospitals Uttar Pradesh.
5. All the Community Health Centers, Primary Health Centers of Uttar Pradesh Government.
6. All the Government AYUSH Hospitals Operated by Indian Government/State Government.
7. All Private Hospitals, Nursing homes and Hospitals being operated by NGOs & Trusts.
8. All State/Central/Semi Government Hospitals not included in Sl. No. 1 to 7.

MCCD Form-4 will be duly filled by the doctor and data entry shall be ensured by all medical institutions on the birth and death registration portal(CRS Portal) through updated ICD code-based drop down (index search). Copy of the duly filled Form-4 shall be handed over to the nearest relative of the deceased.

IN case of Non-Institutional deaths, Form-4(A) shall be filled and issued by the last attending registered Doctors free of charge. Duly filled Form-4 (A) shall be handed over to the informant (Under RBD Act 1969, as amended 2023). The informant shall deliver the same to the Registrar at the time of giving information of the death.

By order,

PARTH SARTHI SEN SHARMA

Pramukh Sachiv,

Medical Health & Family

Welfare, U.P.

FORM NO. 4

(See Rule 7)

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

(Hospital In-patients. Not to be used for still births)

To be sent to Registrar along with Form No. 2

(Death Report)

Name of the Hospital

I hereby certify that the person whose particulars are given below died in the hospital in Ward No.....on..... at..... AM/PM

NAME OF DECEASED					For use of Statistical Office
Sex	Age at Death				
	If 1 year or more, age in years	If less than 1 year, age in months	If less than one month, age in days	If less than one day, age in hours	
1. Male 2. Female					
CAUSE OF DEATH					Interval between onset and death approx
I. Immediate cause	(a)..... due to (or as a consequences of)				
State the disease, injury or complication which caused death, not the mode of dying such as heart failure, asthenia, etc.					
Antecedent cause	(b)..... due to (or as a consequences of)				
Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause, stating underlying conditions last	(c).....				
II. Other significant conditions contributing to the death but not related to the disease or condition causing it				

Manner of Death

How did the injury occur?

1. Natural 2. Accident 3. Suicide 4. Homicide

5. Pending investigation

If deceased was a female, was pregnancy the death associated with?	1. Yes 2. No. If yes, was there a delivery? 1. Yes 2. No
--	---

Name and signature of the Medical Attendant certifying the cause of death Date of verification.....

SEE REVERSE FOR
INSTRUCTIONS

(To be detached and handed over to the relative of the deceased)

Certified that Shri/Smt/Kum.....S/W/D of Shri.....
 R/O.....was admitted to this hospital on..... and
 expired on.....

Doctor.....
 (Medical Supdt. Name of Hospital)

FORM NO. 4 A

(See Rule7)

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

(For non-institutional deaths. Not to be used for still births)

To be sent to Registrar along with Form No. 2

(Death Report)

I here by certify that the deceased Shri/Smt./Km..... son/wife/daughter of..... Resident of was under my treatment fromto and he/she died on.....at.....A.M./P.M.

NAME OF DECEASED					For use of Statistical Office
Sex	Age at Death				
	If 1 year or more, age in years	If less than 1 year, age in months	If less than one month, age in days	If less than one day, age in hours	
1. Male					
2. Female					
CAUSE OF DEATH					Interval between onset and death approx
I.	(a).....			
Immediate cause	due to (or as a consequences of)				
State the disease, injury or complication which caused death, not the mode of dying such as heart failure, asthenia, etc.					
Antecedent cause	(b).....			
	due to (or as a consequences of)				
Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause, stating (c).....				
II. Other significant conditions contributing to the death but not related to the disease or condition causing it	

If deceased was a female, was pregnancy the death
associated with? 1. Yes 2. No If yes, was there a delivery?
1. Yes 2. No

Name and signature of the Medical
Practitioner certifying the cause of death
Date of verification.....

SEE REVERSE FOR
INSTRUCTIONS

(To be detached and handed over to the relative of the deceased)

Certified that Shri/Smt/Kum..... S/W/D of
Shri..... R/O.....
was under my treatment fromto.....and he/she
expired on.....atA.M./P.M.....

Doctor,.....

Signature and address
of Medical Practitioner/
Medical attendant with
Registration No.

पी0एस0यू0पी0-ए0पी0 454 राजपत्र-2025-(1202)-599 प्रतियाँ (डी0टी0पी0 / ऑफसेट)।
पी0एस0यू0पी0-ए0पी0 4 सा0 चिकित्सा-2025-(1203)-500 प्रतियाँ (डी0टी0पी0 / ऑफसेट)।